FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 188 | **THÈSE** | N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 27 décembre 1888, à 1 heure

Par AUGUSTE-AMÉDÉE DARDEL

Né à Magny-en-Vexin (Seine-et-Oise), le 8 février 1863

Ancien externe des hôpitaux et de l'hôpital des Enfants-Malades



DES

KYSTES HYDATIQUES DU CORPS THYROÏDE

Président : M. PANAS, *professeur.*

Juges : MM. DEBOVE, *professeur.* BRUN, PEYROT, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DES ÉCOLES

HENRI JOUVE

23, Rue Racine, 23

1888

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DAMASCHINO. DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale	GUYON. LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	DUPLAY.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	HAYEM.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	TARNIER.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale	STRAUSS.
Clinique médicale	G. SÉE. POTAIN. JACCOUD. PETER.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	BALL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	CHARCOT.
Clinique chirurgicale	RICHET. VERNEUIL. TRELAT. LE FORT.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique d'accouchement	N.

Professeurs honoraires.

MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. HANOT	MM. PEYROT	MM. REMY
BLANCHARD	HANRIOT	POIRIER, chef des travaux anatomiques	REYNIER
BOUILLY	HUTINEL	POUCHET	RIBEMONT-DESSAIGNES
BRISSAUD	JALAGUIER	QUENU	ROBIN (Albert)
BRUN	JOFFROY	QUINQUAUD	SCHWARTZ
BUDIN	KIRMISSON	RAYMOND	SEGOND
CAMPENON	LANDOUZY	RECLUS	TROISIER
CHAUFFARD	MAYGRIER		VILLEJEAN
DEJERINE			

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

M. LE Dr RIBEMONT-DESSAIGNES

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Accoucheur de l'hôpital Beaujon

M. LE Dr DESCROIZILLES

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE Dr J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE

Chirurgien de l'hôpital Lariboisière
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE Dr J. J. PEYROT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hôpital Lariboisière
Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE Dr RICHELOT

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien de l'hospice de Bicêtre

M. LE Dr RENDU

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Médecin de l'hôpital Necker

M. LE Dr GÉRARD MARCHANT

Chirurgien des hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

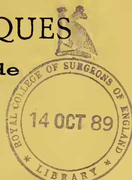
M. LE PROFESSEUR PANAS

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

DES

KYSTES HYDATIQUES

Du corps thyroïde



INTRODUCTION

A l'occasion d'un fait de kyste hydatique observé dans son service, M. Peyrot voulut bien nous charger de faire des recherches sur cette question qu'il nous engagea à prendre comme sujet de notre thèse inaugurale.

Nous n'avons trouvé dans les auteurs que des documents didactiques incomplets ou très brefs, et nous avons cru devoir attirer l'attention sur ce point peu élucidé, en raison des considérations pratiques importantes que l'étude des faits nous a imposées.

Nous n'avons certes pas tranché tous les points difficiles ; nous les avons indiqués pour la plupart. Le sujet est à peine ébauché : les observations se multipliant, il sera plus aisé d'en tirer des conclusions certaines; et nous espérons que la symptomatologie et le diagnostic des hydatides thyroïdiennes pourront être bientôt établis avec plus de netteté.

Nous adressons à notre cher maître, M. Peyrot, l'hom-

mage de notre profonde gratitude, pour le bienveillant intérêt et les précieux enseignements qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant notre externat à Tenon et pour les encouragements qu'il nous a si souvent adressés dans le cours de ce travail.

Nous remercions également tous nos maîtres dans les hôpitaux, de la sollicitude avec laquelle ils nous ont initié à l'étude si indispensable de la clinique.

Que M. le Dr Marchant, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine reçoive l'assurance de notre reconnaissance pour l'observation qu'il nous a si libéralement autorisé à recueillir.

M. le Professeur Panas a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : nous le prions d'agréer l'hommage de nos respectueux remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait.

A nos amis, dont les conseils ne nous ont jamais fait défaut et, en particulier à M. le Dr Chrétien, ancien interne des hôpitaux, qui a mis à notre service sa connaissance de la langue italienne, le témoignage de notre affectueuse reconnaissance.

CHAPITRE I

HISTORIQUE

Il ne faut remonter que jusqu'à John Hunter (1) pour trouver la première indication de kystes hydatiques du corps thyroïde, et encore ne leur consacre-t-il que ces mots :

« Elles (les hydatides de la glande thyroïde) deviennent quelquefois très volumineuses, et peuvent gêner la respiration et la déglutition. »

Mais, voyons sa définition de l'hydatide.

« Toute collection aqueuse dans une cavité constitue, à proprement parler, une hydatide.

D'où, deux classes d'hydatides, suivant qu'elles se sont développées dans une cavité naturelle ou accidentelle. Les hydatides de la seconde classe ont un siège très incertain ».... Il les divise en deux espèces :

a). — Hydatides remplies uniquement de sérosité.

b). — Kystes tapissés par une substance particulière ; et il ajoute : celles de la première espèce, ou hydatides aqueuses, occupent souvent le cou chez les femmes, ou la glande thyroïde.

Enfin il parle d'une dernière espèce d'hydatides dont la membrane extérieure « est remplie par d'autres petites membranes..... Plusieurs animaux, dans les climats froids,

1. J. Hunter. *Œuvres complètes*. Trad. Richelot (1839), T. I, p. 634 et 637.

succombent à cette espèce d'hydatide, qui se développe dans le foie. »

Il est donc bien probable, sinon certain, que Hunter fait allusion, quant aux hydatides thyroïdiennes, à des kystes séreux.

De Haën (1) rapporte ainsi le résultat d'une autopsie faite devant ses élèves :

« *In cadavere horrendam mole thyroidœam glandulam nactus publice dissecui. Mecum auditores mirabantur nultum fere genus tumorum dari, quin in hâc solâ thyroidœa invenitur. — Hic enim steatoma, ibi atheroma, alio in loco purulentus tumor, in alio hydaticus, in alio erat coagulatus sanguis.*

Nous ne le citons que pour mémoire, sans y voir une allusion certaine au sujet qui nous occupe : c'est d'ailleurs l'opinion de Davaine.

Baumès (2) admet un goître hydatique, dont il fait la septième sorte de son genre *Helminthèse*.

Rullier (3), dans son article du *Dictionnaire des sciences méd.* admet le goître hydatique et cite une observation que nous rapporterons.

Boyer (4) cite de Haen et signale la possibilité du kyste hydatique thyroïdien.

1. De Haën. *Ratio medendi.* T. III, pars VII, cap. 3, p. 323, Paris, 1764.

2. Baumès. — *Traité élémentaire de Nosologie* (1806), T. II. p. 246.

3. Rullier. *Dict. des sc. med.*, T. XVIII, p. 528, (1817).

4. Boyer. *Traité des mal. chir.*, T. VII, p. 65 (1821).

Cruveilhier (1) néanmoins, dit n'avoir trouvé ce genre de goître mentionné nulle part. Il croit que dans le cas de de Haen, il s'agit d'un kyste acéphalocyste.

Il rapporte également deux faits des moins vraisemblables : un de Bremser et l'autre de Bidloo. Dans l'un et l'autre cas, la localisation de la tumeur n'est pas précisée : celle de Bremser siégeait au-dessous du sternum (2) ; celle de Bidloo s'étend de l'oreille droite à la partie supérieure de l'épaule (3). C'étaient des hydatides ; quant à leur attribuer comme siège exact le corps thyroïde, nous croyons que c'est beaucoup s'avancer. Il rapporte enfin le fait de Lieutaud (obs. 1).

Vidal (de Cassis) (4) à son article goître lymphatique parle bien d'un *contenu hydatique* qu'on y aurait rencontré ; mais faut-il comprendre sous cette dénomination les vésicules hydatiques proprement dites ?

Nélaton (5) signale l'observation de Rullier et l'opinion de Baumès. Plus tard, il a observé un fait devenu classique, dont il a donné la relation à Houel pour sa thèse d'agrégation.

Bach (6) fait du goître hydatique une des transformations du goître cellulaire (?).

1. Cruveilhier. *Dict. de méd. et chir. prat.* (en 15). Art. *Acéphalocystes*. T. I, p. 262 (1829).

2. Bremser. *Traité zoolog. et physiol. sur les vers intestinaux*. Trad. de Blainville, p. 306, Paris, 182.

3. Bidloo. *De hydatidibus*, p. 14.

4. Vidal (de Cassis). *Pathol. ext.*, T. III, p. 750, 3e éd.

5. Nélaton. *Elém. de Pathol. chir.*, T. III, p. 372 (1854).

6. Bach. *Anat. pathol. des différ. espèces de goître*. Mém. Acad méd., 1855, T. XIX, p. 338 et 391.

Jusqu'ici, nous n'avons trouvé dans les auteurs que des indications bien vagues, et, si nous les avons notées, c'est simplement pour être complet : nous n'en avons tiré aucun profit pour faire la lumière sur la question qui nous occupe. Le premier et le seul travail d'ensemble est le chapitre de Gurlt dans sa monographie des tumeurs kystiques du cou (1). Gurlt a relevé, dans la littérature médicale, sept faits d'hydatides du corps thyroïde. Ce sont nos observations I, II, III, IV, V, XIV et XV. Il déclare n'en pouvoir tirer de conclusions fermes.

Houel (2), dans sa division des tumeurs liquides du corps thyroïde, donne une place aux kystes hydatiques. Il n'a pu trouver dans les auteurs aucun fait authentique. Velpeau, dit-il, n'en a pas observé un seul. Enfin, il publie l'observation qu'il tient de Nélaton.

Jaupitre (3), dans une thèse très intéressante et très complète d'ailleurs, signale également l'hydatide de la glande thyroïde ; mais il n'a pas fait de recherches sur la question.

Davaine (4) cite les trois faits de De Haën, Lieutaud et Laënnec. Nous avons dit ce qu'il pense du premier ; quant aux deux autres, il ne croit pas à leur localisation dans la glande.

M. le prof. Duplay (5) résume l'observation de Nélaton

1. Gurlt. *Ueber die Cystengeschwulste des Halses.* Berlin, 1855, p. 273.

2. Houel. *Des tum. du C. thyroïde.* Th. agr. Paris, 1860.

3. Jaupitre. *Tum. du C. thyroïde.* Th. Paris, 1876.

4. Davaine. *Traité des entozoaires.* Paris, 1877, p. 64 et 655.

5. Follin et Duplay. *Traité de pathol. ext.* T. V, p. 199, (1878).

et ajoute : « Ce dernier cas, très détaillé, et qui peut être pris comme type des affections de ce genre, ne nous apprend néanmoins rien sur les symptômes spéciaux de la tumeur hydatique, ou plutôt, il prouve que les kystes hydatiques se présentent avec tous les caractères des kystes séreux ou gélatineux, sauf peut-être la marche un peu plus rapide. »

M. Boursier (1) signale, en passant, les kystes hydatiques de la thyroïde et dit qu'ils n'ont jamais été distingués cliniquement des kystes ordinaires.

Krishaber (2), et M. Gérard Marchant (3) leur consacrent chacun un chapitre spécial.

Enfin, cette année, M. Peyrot observa, dans son service, le malade dont l'histoire fut l'origine de notre travail. M. Decressac (4), interne des hôpitaux, présenta la tumeur à la Société anatomique et fit suivre son observation de quelques remarques générales.

1. Boursier. Th. agr., Paris, 1880.

2. Krishaber. Art. *Goître du Nouveau Dict. encyclop. des sc. méd.* (1883).

3. G. Marchant. Art. *Thyroïde du N. Dict. de méd. et chir. prat.* T. XXXV, p. 580 (1883).

4. Decressac. *Bull. Soc. anat.* Paris, 1888, p. 684.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

Les faits d'hydatides de la glande thyroïde, connus jusqu'à ce jour, sont extrêmement rares. C'est ainsi qu'après de sérieuses recherches, nous n'avons pu relever que douze observations. Dans ce nombre, dix ont été publiées antérieurement : des deux autres, la première a été prise par nous sur les indications de M. Marchant ; la dernière appartient à M. Péan qui se réserve de la publier dans le t. VII de ses *Leçons cliniques ;* M. Péan a cependant eu l'obligeance de nous donner un résumé du fait.

De plus, nous avons trouvé cinq autres observations dont l'appréciation est réservée ; elles seront réunies dans un deuxième paragraphe : observations douteuses. Deux d'entre elles, très détaillées et très intéressantes, ont laissé des doutes, quant au siège exact, dans l'esprit de leurs auteurs (obs. XVI et XVII). Celle de Laënnec (XIII) a été décidément repoussée par Davaine et ceux qui ont écrit après lui sur ce sujet : nous la donnons à cause de l'intérêt anatomo-pathologique qui s'y rattache. Celle de Bock (XIV) a été donnée par Gurlt : nous la reproduisons pour mémoire. Quant au fait de Rullier (XV), nous avons hésité à le joindre à nos observations certaines : on jugera.

Observation I (Lieutaud) (1)

Observation sur les suites d'une suppression, et sur des hydatides formées dans la glande thyroïde.

Une jeune fille de 18 ans se rencontra dans une chambre, où le tonnerre tomba avec grand fracas : elle ne fut pas touchée, mais la frayeur dont elle fut saisie, supprima l'évacuation ordinaire à son sexe, dans le temps de laquelle elle était, et donna lieu à bien des incommodités, que le temps, les remèdes, et peut-être plus encore le retour des règles dissipèrent. Elle s'aperçut cependant, quelques mois après, d'une grosseur au cou, à laquelle elle ne prit pas une fort grande attention, et qu'elle porta sans beaucoup d'incommodité pendant dix années ; mais, au bout de ce terme, la tumeur, dont les accroissements avaient été lents, commença à en prendre de rapides ; et, après en avoir souffert pendant six mois des incommodités très considérables, et essayé tous les topiques et tous les remèdes, la malade se détermina à venir chercher du secours à l'hôpital de Versailles, où M. Lieutaud la vit. La situation de la tumeur ne lui permit pas de douter

1. Lieutaud. *In Mémoires de l'Académie royale des sciences.* Année 1754, Paris, 1759, p. 70, et suiv.

que la glande thyroïde n'en fût le siège : cette glande, en effet, faisait beaucoup de saillie, mais était peu douloureuse. La respiration était extrêmement gênée, et la poitrine rendait un son semblable à celui qu'on observe dans quelques asthmatiques. La malade ne pouvait respirer librement qu'en portant la tête fort en avant, et n'osait depuis quelques jours se coucher horizontalement, de peur d'être suffoquée. Quoique la tumeur eût la liberté de s'étendre à l'extérieur, et qu'elle parût y être toute entière, cependant M. Lieutaud ne put se persuader que tout le mal vint de la pression qu'elle causait à la trachée-artère, et soupçonna un vice dans ce canal même : mais, comme la malade avait été extrêmement fatiguée par les remèdes qu'elle avait pris, il se détermina aisément à lui accorder quelques jours de repos qu'elle demandait, et qui ne furent pas prolongés bien longtemps, puisque le sixième jour, après son entrée à l'hôpital, elle mourut tout d'un coup en causant avec ses compagnes.

La dissection du cadavre justifia les soupçons de M. Lieutaud ; il enleva la glande thyroïde, qui était d'une extrême grosseur, avec le larynx et la trachée-artère, et ayant dégagé ces parties de celles qui les recouvraient, il remarqua que les cartilages de la trachée-artère avaient souffert une compression considérable ; mais, persuadé que la vraie cause du mal était dans l'intérieur de ce canal, il l'ouvrit dans toute sa longueur jusqu'au cartilage annulaire, et trouva en effet, au-dessous du larynx, un corps membraneux de cinq ou six lignes de saillie, blanchâtre et très irrégulier, tenant par une base assez large à la face interne de la trachée-artère, qui était percée

pour le recevoir : cette masse flottait dans le canal, et pouvait par conséquent y prendre différentes situations.

Il restait à savoir si la tumeur de la glande thyroïde avait donné naissance à ce corps flottant, et si, en effet, elle avait percé le canal.

Pour s'en assurer, M. Lieutaud ouvrit cette glande avec la plus grande attention, et y trouva un sac capable de contenir une orange, rempli d'une eau claire qui lui rejaillit avec force au visage, à la première ouverture que lui donna le scalpel, et qu'il reconnut, peut-être même un peu malgré lui, pour très insipide. Il contenait un grand nombre d'autres kystes parfaitement sphériques, de grosseur si inégale, qu'il y en avait depuis celle de la tête d'une épingle jusqu'à celle d'une grosse noisette : ces sacs, qui étaient de véritables hydatides remplies d'eau, n'avaient que de très légères adhérences ; lorsqu'on en détachait un, il en roulait à l'instant plusieurs sur la table, et bientôt, il ne resta dans le grand sac que celles qui étaient percées. M. Lieutaud vit sans peine la communication qu'il avait avec la tumeur mollasse de la trachée-artère, et reconnut avec surprise que les cartilages de ce canal avaient été détruits dans un espace exactement circulaire de cinq lignes de diamètre, sans qu'on pût remarquer, sur les bords de cette large ouverture, aucun reste de la portion qui manquait. Ce trou était rempli par plusieurs hydatides vides qui, s'y étant engagées, devenaient un véritable bouchon, passant dans l'intérieur de la trachée-artère, et y formant ce corps mollasse et flottant dont nous avons parlé. Il a paru, par l'examen de ces lambeaux, que les hydatides avaient vrai-

semblablement versé leur liqueur dans la trachée-artère, ce qui aurait pu être la cause de la mort de cette fille. Il se peut aussi que cette tumeur flottante, poussée par la voix ou par quelque fâcheuse attitude, se soit engagée dans le larynx et ait étouffé la malade, ce que M. Lieutaud juge très vraisemblable.

La glande thyroïde, qui enveloppait ce sac en manière d'écorce, était si énormément dilatée, qu'elle avait dans sa partie antérieure moins de deux lignes d'épaisseur. Le corps membraneux qui occupait presque toute la cavité de la trachée-artère n'avait contracté aucune adhérence avec les parois de l'ouverture qui lui en avait permis l'entrée, et on peut le regarder comme une véritable hernie, qui ne paraissait pas même fort ancienne.

Observation II (Gooch) (1)

Assez gros kyste hydatique du corps thyroïde. — Perforation de la trachée. — Mort subite. — Autopsie.

Un jeune garçon de 16 ans avait au cou, depuis plusieurs années, une tumeur qui, lente à se développer au début, avait grossi dans les deux dernières années du volume d'une muscade à celui d'un œuf de poule. Cette tumeur lui causait une grande dyspnée à la course et dans les exercices rapides, et une sorte d'asthme. Le visage était toujours rouge foncé, la voix faible; la parole était

1. Gooch. *Cases and pratical remarks in Surgery with Sketches of machines*.... etc. 2e éd. Vol. II, p. 99, Norwich, 1767.

accompagnée de toux spasmodique. La tumeur recouvrait les cartilages thyroïde et cricoïde, s'étendant plus haut du côté droit que du côté gauche, et avait, à sa base, une largeur telle qu'elle recouvrait les carotides ; sa surface externe était irrégulière. On soupçonna la présence d'un liquide dans la tumeur ; on fit une ponction, et on évacua environ trois onces d'un liquide aqueux. La respiration du patient devint aussitôt plus facile.

Le jour suivant survint une fièvre violente, avec oppression considérable, toux obsédante, et irrégularité du pouls. Ces symptômes s'apaisèrent à la suite de saignée, purgations, diète sévère... etc. ; alors le pourtour de la plaie devint emphysémateux, sans écoulement de liquide, et sa surface était recouverte d'une masse épaisse et visqueuse. La fièvre se calma au bout d'une semaine environ ; cependant après l'évacuation, la tumeur recommença à s'accroître, et, en peu de temps, elle eut atteint le même volume qu'avant la ponction : retour de la dyspnée. On fit alors, du côté opposé, une ouverture dans le point le plus déclive ; il s'en suivit une abondante évacuation et la dyspnée s'apaisa. La fièvre reparut aussitôt, plus violente que la première fois, avec des douleurs aiguës et de la difficulté à la déglutition. La situation s'améliora encore : la fièvre tomba complètement : la respiration redevint meilleure, toutefois encore un peu gênée.

Un jour, cependant, le malade rejeta par la toux une petite hydatide, et quoique le médecin traitant, M. Donne fut venu au même moment et ait cherché à le soulager, il mourut presque aussitôt.

Autopsie. — La tumeur siégeait entre les muscles ster-

no-hyoïdiens et thyro-hyoïdiens, tendus et élargis au point qu'ils avaient l'aspect d'un seul muscle large et mince, recouvrant, en grande partie, la surface de la glande. Celle-ci était appliquée sur la trachée, s'élevant plus haut du côté droit que du côté gauche ; son diamètre transversal mesurait presque 3 pouces ; le diamètre longitudinal était un peu moindre.

La tumeur semblait prendre son origine dans le lobe droit du corps thyroïde, transformé en un kyste formé d'une membrane celluleuse. Dans les parties antérieures et latérales, on pouvait encore distinguer le kyste et la substance glandulaire, confondus tous deux plus profondément. La tumeur était appliquée sur presque les 2/3 du cartilage thyroïde, sur le cartilage cricoïde et six anneaux de la trachée, très intimement unie à ces derniers ; partie du côté droit du cartilage thyroïde, elle enveloppait la trachée jusque vers le côté gauche.

On ouvrit le kyste : irrégulièrement épaissi, très distendu, il contenait, dans sa cavité, une deuxième hydatide, libre et mobile, absolument analogue à celles qui avaient été rejetées par la toux avant la mort, mais beaucoup plus grosse.

Après avoir enlevé la poche, on vit un trou intéressant le cricoïde et les 2 premiers anneaux de la trachée, large comme un tuyau de plume, et par lequel, à travers le parenchyme glandulaire, le kyste pénétrait dans la trachée. La surface interne de la membrane hydatique était couverte de petits tubercules et de mucosités, sans pus, et sans traces d'ulcération.

A l'ouverture de la trachée et du larynx, la partie cor-

respondant à la glotte et aux ventricules parut gonflée et œdémateuse; du bord inférieur du cartilage cricoïde jusqu'au huitième anneau de la trachée, le côté droit du canal aérien était tellement comprimé par la tumeur qu'il arrivait presque au contact du côté opposé.

Observation III (Rapp) (1)

Rapp observa chez un jeune homme de 14 ans un goître à peu près sphérique, de 2 à 3 pouces de diamètre, très consistant et très tendu, mais à surface régulière. Le patient mourut subitement après un violent accès d'étouffement.

A l'autopsie, ou trouva la partie supérieure de la trachée comprimée contre la surface antérieure des vertèbres, et aplatie comme un ruban. La substance du corps thyroïde n'était pas altérée ; mais, dans son tissu se trouvait une grosse hydatide tendue, entièrement libre, qui seule constituait le goître. L'enveloppe de cette hydatide se composait d'une membrane blanche, solide, qui put facilement être divisée en 2 feuillets : l'intérieur était rempli d'un liquide clair, incolore. Sur la surface interne de la poche se trouvaient d'innombrables granulations blanches et petites comme des grains de sable ; au microscope, elles présentaient l'aspect de petits vers blancs (échinocoques) sur lesquels on distinguait des couronnes de crochets.

1. Rapp. *In* Naumann. *Handbuchmedicin. Klinik.* B. D. 2, § 13. Berlin, 1830.

On trouva encore des hydatides semblables dans d'autres organes, notamment dans le foie.

Observation IV (Jobert de Lamballe) (1)

«Il y a quelque temps, M. Jobert (de Lamballe) pratiqua la ponction d'un kyste hydatique du corps thyroïde sur une femme âgée de 45 ans. La sortie d'un liquide séro-albumineux, tenant en suspension plusieurs corpuscules vésiculaires de couleur blanchâtre, plus ou moins transparents, ne laissa aucun doute sur la nature de l'affection. Quant à son siège, il fut également mis hors de toute contestation par la nécessité où se trouva plus tard le chirurgien d'inciser largement la tumeur, afin d'évacuer la matière purulente accumulée à l'intérieur du foyer, consécutivement à une inflammation trop vive qui fut le résultat d'une injection d'eau alcoolisée. »

Observation V (Albers) (2)

Il s'agit d'un homme de 60 ans, de formes athlétiques, mort dans le cours d'une maladie de cœur ; cet homme portait depuis l'âge de 19 ans, un goître dont l'accroissement s'était fait progressivement jusqu'à former une saillie de la grosseur d'une pomme.

1. Velpeau. Clinique de la Charité. *Union médicale*, 1847, t. I. p. 543.

2. Albers. *In Casper's Wochenschrift f. d. ges. Heilk. Jahrsb.* 1850, n° 8, S. 113.

A l'autopsie, on vit que cette tumeur appartenait au lobe moyen du corps thyroïde, tandis que les deux lobes latéraux étaient simplement hypertrophiés. Les muscles voisins étaient très fortement tendus.

Le corps thyroïde se présentait comme une masse molle renfermant de nombreux corps durs, ronds, tendus; à la corne inférieure gauche se trouvait une masse dense, plus grosse, obronde, dure, non comprimée.

Une section médiane du lobe saillant le montra rempli d'une quantité de petites vésicules distinctes variant du volume d'un pois à celui d'une noisette.

Ces vésicules se composaient d'une enveloppe extérieure solide, laquelle en recouvrait une seconde beaucoup plus mince, séreuse, contenant un liquide clair, transparent, un peu épais, et présentant manifestement des échinocoques à l'examen microscopique. Dans la partie inférieure de ce lobe, un corps dur, tendu, divisé par la section, présentait une capsule dure, ossifiée, dans laquelle se trouvait du liquide et une masse solide ; ce corps offrait l'aspect d'une tumeur hydatique ossifiée.

Le parenchyme glandulaire, qui séparait les hydatides les unes des autres, était résistant, presque fibreux.

En outre, les deux reins contenaient dans leur substance corticale, à proximité du bassinet, des hydatides de la grosseur d'une noix ; dans les plexus choroïdes se trouvaient également des hydatides, réunies en forme de chaîne.

Observation VI (Nélaton) (1)

M. X..., âgé de 36 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, ayant toujours, depuis son enfance, une santé débile, portait, depuis l'âge de 10 à 15 ans, une tumeur au cou, qui a fait supposer à tous les médecins qui l'ont soigné qu'elle était due au développement du corps thyroïde, et n'était autre qu'un goître. Les traitements divers, basés sur cette donnée diagnostique, restèrent impuissants.

Le malade se maria il y a 5 ans; c'est alors que M. Riembault fut appelé à lui donner des soins. La tumeur que le malade portait au cou était régulièrement arrondie, du volume d'un gros œuf de poule, située sur la ligne médiane, et suivant les mouvements du larynx pendant la déglutition. Elle semble être une hypertrophie du lobe gauche de la glande.

M. Trousseau fut appelé en consultation, et ne vit autre chose, chez M. X..., qu'un goître simple. On fut d'avis d'employer les préparations d'iode, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Elles parurent amener une petite diminution dans le volume de la tumeur; mais le malade ne tarda point à se plaindre davantage : le larynx était comprimé; il survint de la dyspnée et un peu d'enrouement. Enfin, 2 ans après l'usage de frictions réitérées sur la tumeur avec la teinture d'iode, la peau devint le siège d'une inflammation qui augmenta, et présenta bientôt tous les

1. Nélaton. *In* Houel. Th. agr. Paris, 1860.

signes d'une collection purulente : tension œdémateuse, rougeur, douleur. M. Nélaton fut chargé de l'ouverture de cet abcès, d'où il sortit une grande quantité de pus. Les suites ne présentèrent rien de particulier; la suppuration diminua,et la cicatrisation de la plaie se fit promptement.

Malgré cela, il restait encore un engorgement plus profond, et la glande conservait le volume qu'elle présentait avant l'invasion des symptômes de l'inflammation qui avait précédé la formation de l'abcès. Au bout de 6 mois,la tumeur,qui avait alors le volume du poing, s'enflamma de nouveau et M. Nélaton l'ouvrit par une large incision pratiquée sur la ligne médiane. On vit alors sortir par cette ouverture une quantité assez considérable de pus, puis une multitude de poches hydatiques variant de volume, depuis celui d'un pois jusqu'au volume d'un grain de raisin.

Depuis cette nouvelle opération, il s'est établi une ouverture fistuleuse, et il sort tous les jours plusieurs de ces mêmes poches hydatiques. Pour ménager une issue à ces corps étrangers, M. Nélaton fit tous ses efforts pour entretenir l'ouverture, qui avait une tendance continuelle à se fermer. Des injections avec la teinture d'iode furent faites tous les 2 ou 3 jours pendant près de huit mois, pour combattre l'altération putride du pus qui séjournait dans des anfractuosités très profondes du foyer.

A l'aide de ces moyens, la tumeur revint peu à peu sur elle-même; les hydatides furent complètement évacuées ; et l'ouverture, qui était restée longtemps fistuleuse, se ferma définitivement. Le malade est guéri depuis près de deux ans.

Observation VII (Ferrant) (1)

Hydatides du corps thyroïde, du foie et de l'utérus.

P..., (Marie), âgée de 48 ans, couturière, est entrée à la Pitié, le 24 mai 1861, salle Saint-Charles, n° 15, service de M. le Dr Marrotte.

Cette femme est d'une constitution sèche, maigre et pâle ; elle se plaint d'être malade depuis longtemps, et accuse tous les signes généraux de la tuberculisation. L'auscultation, d'ailleurs, révèle un commencement d'excavation déjà fort sensible dans le sommet de chaque poumon.

Elle porte, de plus, un goître formé de deux tumeurs arrondies ; l'une, à droite, a presque le volume du poing ; l'autre est un peu moins volumineuse. Ces deux tumeurs parfaitement arrondies, occupent les deux côtés du larynx, dont elles suivent les mouvements dans l'acte de la déglutition. Elles sont juxtaposées sur la ligne médiane, mais paraissent indépendantes. La peau qui les recouvre est normale, un peu mobile à leur surface ; elles-mêmes sont mobiles sur les parties profondes ; leur consistance est considérable, et n'indique pas la présence d'un liquide, mais plutôt une hypertrophie, ou un kyste à parois dures, épaisses et tendues sur son contenu. Comme cette

1. Ferrant. *Bulletins de la Société anatomique*. Paris, 1861, p. 241.

tumeur n'occasionne qu'une gêne mécanique modérée, la malade n'a jamais sollicité d'intervention chirurgicale. La respiration elle-même n'est pas notablement entravée.

Le 4 juin, cinq jours après son entrée, la malade meurt subitement.

Autopsie. — Trente heures après la mort.

Tubercules crus des deux poumons, confluents vers les sommets où ils commencent à se ramollir.

Foie volumineux, bosselé. Au niveau d'une de ces bosselures, il présente une couche épaisse de fausses membranes fibro-cartilagineuses qui s'étendent sur la plus grande partie de sa face convexe, surtout sur le lobe gauche, et, en arrière, à la jonction des 2 lobes. En ces deux points, la coupe montre deux vastes poches formées aux dépens du tissu hépatique, dans lequel ces cavités semblent avoir été sculptées régulièrement. Leur cavité est arrondie, volumineuse comme un œuf de cygne, et inégale, présentant sur certains points des anfractuosités en communication plus ou moins facile avec la poche principale. Ces parois sont doublées d'une membrane lisse, blanche et fibreuse.

Le contenu est formé d'un nombre indéfini d'acéphalocystes rondes et vivantes, variant, dans leur volume, de celui d'un pois à celui d'une noix. Ce sont des vésicules claires, ayant tous les caractères des acéphalocystes; au microscope, on y trouve des crochets caractéristiques...

Utérus : un kyste hydatique et petits fibromes.

. . . .

L'altération principale est au corps thyroïde.

La glande thyroïde elle-même paraît avoir disparu ; rien dans la tumeur ne semble rappeler son tissu ; elle est remplacée par les deux tumeurs déjà indiquées de chaque côté des cartilages thyroïde et cricoïde. L'une de ces tumeurs, celle qui occupe le côté droit, mesure de 8 à 9 cent. de diamètre ; elle est parfaitement sphérique et recouverte en partie par les muscles qui partent du sternum, s'aplatissent et s'étalent à sa surface.

La coupe présente l'aspect suivant : une poche fibreuse, dense, dont les parois, ayant d'un demi à deux tiers de centimètre d'épaisseur, enveloppent un contenu divisé en loges inégales, dont les divisions semblent formées, en partie, par des matières fibrineuses plus ou moins organisées, mêlées de dépôts de nature graisseuse, et en partie, de kystes hydatiques ouverts par la coupe. Un de ces kystes est demeuré intact et se présente avec sa transparence, son tremblottement caractéristique ; il est d'ailleurs du volume d'une noisette. L'autre tumeur, de 5 à 6 centimètres de diamètre, sphérique aussi, contient un amas de fibrine encore mal organisée, colorée surtout à la périphérie, et entourée de petits foyers hémorrhagiques récents et circonscrits, comme s'ils s'étaient produits dans des cellules distinctes. Ces foyers contiennent du sang purement liquide : leur dimension est variable, et ils forment comme une couronne intermédiaire au caillot et à la coque fibreuse qui l'enveloppe. Ces deux tumeurs sont réunies, au devant du larynx, par un tissu cellulaire lâche qui les retient au contact l'une de l'autre, en leur permettant quelques mouvements de glissement. Quant

au calibre du larynx, il était perméable, mais notablement rétréci, admettant difficilement l'extrémité du petit doigt au niveau de la glotte.

La nature hydatique du goître fut contrôlée à l'aide du microscope, d'abord par M. Luys qui, ne trouvant pas de crochets, resta dans le doute. M. Ch. Robin, qui l'examina à son tour, ne fut pas plus heureux ; quant aux crochets, il n'en trouva pas ; mais la nature hydatique de la tumeur n'en fut pas moins évidente pour lui, à cause des caractères qu'il y découvrit, et qu'il avait déjà indiqués, dans la *Gazette des hôpitaux* du 12 février 1859 (article de bibliographie), comme spéciaux aux hydatides. C'est d'abord, cet aspect extérieur de mastic que j'ai constaté ; puis la transparence des vésicules, leur état finement granuleux, les lignes parallèles, régulières, indiquant les bords déchirés, avec la présence de granulations graisseuses abondantes et de cristaux de cholestérine et d'hématoïdine.

Observation VIII (Meinert) (1)

Un cas d'échinocoques du corps thyroïde.

Louise B..., 14 ans, fille d'un boucher de Nebra, qui avait des chiens avec lesquels jouaient ses enfants, vient me consulter au mois d'août dernier pour un goître. Elle est, d'ailleurs, bien portante, et, particulièrement, n'a de tumeurs en aucun autre point du corps. Les parents,

1. Meinert. *Centralblatt für Chirurgie*, 1885, p. 427.

et les frères et sœurs sont également bien portants; jamais on n'a vu de gros cous dans la famille.

Quant à la malade, le début de l'augmentation de son corps thyroïde remonte à l'âge de 4 ans, d'après le récit de ses deux sœurs plus âgées, que j'ai interrogées; la tumeur aurait commencé peu de semaines après l'incision d'un abcès des parties latérales du cou, pendant une convalescence de fièvre typhoïde. La cicatrice est visible à 4 centimètres au-dessous de la mâchoire. Jusqu'à l'âge de 8 ans, la tumeur a augmenté régulièrement, sans occasionner toutefois de douleur, et a conservé alors le même volume jusqu'à l'année dernière; c'est depuis ce temps qu'elle a de nouveau augmenté.

Depuis quelques mois, elle devient très douloureuse, et la respiration est gênée pendant le travail, ou lorsque la malade monte des escaliers.

La tumeur, du volume d'une orange, et formant une demi-sphère régulière, siège presque au niveau du milieu du larynx, avec lequel elle s'élève dans la déglutition, et je la considérai, à cause de l'absence de fluctuation, comme un goître parenchymateux.

Je commençai le traitement par des injections d'alcool, et, à la seconde, il se forma un obstacle à l'extrémité de l'aiguille qui avait traversé la capsule. Une ponction exploratrice montra un contenu fluide, limpide comme l'eau. Je fus frappé, à la vérité, de l'aspect absolument incolore du liquide : je n'en avais jamais trouvé de semblable dans vingt cas et plus que j'ai observés et opérés. Cependant, je ne songeai à rien autre chose qu'à un goître kystique ordinaire.

Le 7 septembre, en présence de mes collègues, Hanel, Sprengel et Plöniess, je fis une incision. Alors, après la séparation des téguments sur une étendue de 8 centim. sur la ligne médiane, et, après la ponction du kyste, je fus surpris par un jet de liquide, de goût salé, qui m'arriva dans la bouche, et le kyste, tout blanc, s'échappa en entier de la plaie. Mon assistant, le Dr Plöniess, établit aussitôt le diagnostic d'hydatide, qui fut confirmé par l'examen microscopique. On ne trouva pas de vésicules-filles. Au fond de la cavité, je vis une autre tumeur que je considérai comme une seconde vésicule ; après l'avoir incisée, je constatai que c'était simplement la membrane adventice du kyste, soulevée par les muscles de la région postérieure du cou.

Après avoir mis le drain, pansement avec de la gaze au sublimé.

Guérison.

Meinert explique ensuite l'origine du kyste par l'inoculation possible par la première plaie qu'un chien aurait léchée. « Boncour, ajoute-t-il, croit que dans dix observations de kystes hydatiques, des blessures des parties molles ont été l'occasion des tumeurs (*in* Virchow *Hirsch's Jahresbericht für das Jahr* 1878, Bd II, p. 309).

Observation IX (Galozzi) (1)

Kyste à échinocoques de la glande thyroïde.

Il s'agissait d'une tumeur volumineuse que le malade

1. *Riforma medica*. 15 décembre 1886, p. 1731.

portait depuis deux ans ; tumeur molle et élastique au toucher, qui suivait le larynx dans les mouvements de déglutition. Le Professeur Galozzi appela l'attention des assistants sur ce dernier caractère, qui permettait d'établir le diagnostic du siège de la tumeur. Dans certaines circonstances, on peut prendre une tumeur de la région latérale du cou pour un néoplasme laryngé, et vice versa; mais l'abaissement et l'élévation que subit la masse morbide en même temps que le larynx, sont de bons signes distinctifs pour le clinicien, qui n'oublie pas les rapports anatomiques étroits existant entre le corps thyroïde et le conduit laryngo-trachéal.

Après avoir éliminé les diverses variétés de goître, le Professeur Galozzi adopta le diagnostic de kyste thyroïdien. Pour confirmer cette hypothèse, il pratiqua une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz, et retira un liquide limpide, incolore, qui permit de penser qu'il s'agissait d'un kyste à échinocoques.

Cette maladie, rare dans la thyroïde, peut aller jusqu'à troubler la respiration; la tumeur, d'après Lieuchard (il s'agit vraisemblablement de Lieutaud) et Gooch, s'ouvrirait même parfois dans la trachée, où son contenu produirait rapidement une asphysie mortelle.

L'analyse chimique révéla l'absence d'albumine et l'abondance de chlorures; au microscope, on trouva des crochets caractéristiques.

Le kyste fut incisé, drainé, pour provoquer la suppuration de la poche ; au bout de quelques jours, on vit sortir par le tube et par les lèvres de l'incision quelques fragments de tissu blanc, élastique, presque transparent,

qui n'était autre chose que les débris de la vésicule-mère. Pendant plusieurs jours, on put en recueillir d'analogues, ce qui rendit évidente la nature de l'affection.

Observation X (M. Marchant) (inédite)

Kystè hydatique suppuré de la thyroïde. Trachéocèle

Melle M. G..., 22 ans, couturière, habitant Saint-Mandé, s'aperçut, il y a 3 ans 1/2, qu'elle portait une petite grosseur au-dessus de la fourchette sternale, sur la ligne médiane ; en six mois, cette tumeur acquit le volume d'un œuf de poule ; elle s'étendait alors de la fourchette sternale jusqu'au niveau du cartilage cricoïde : tumeur extrêmement dure, ne suivant pas les mouvements du larynx (nous dit la malade), ne causant aucune gêne de la déglutition, ni de la respiration, n'ayant jamais été douloureuse. Elle devint fluctuante ; le médecin résolut de l'inciser ; mais la collection s'ouvrit spontanément par deux petits orifices. Il en sortit du pus, et les deux fistules furent fermées en quelques jours.

Deux ans après, apparition d'une tuméfaction siégeant à droite, au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde. Cette tumeur prit peu à peu du développement. Elle était dure, suivait l'ascension du larynx dans la déglutition et s'accompagna bientôt de gène de la déglutition et de la respiration : accès de suffocation, surtout après les repas ; congestion habituelle de la face.

Un jour, en toussant, la malade sentit se produire un accident du côté de sa trachée ; sa respiration devint sur

l'heure plus difficile, et elle put constater un gonflement qui venait de se produire à la partie antéro-latérale gauche de sa région thyroïdienne. Ce gonflement se répétait à chaque mouvement de toux, disparaissant d'abord presque complètement au repos, puis prenant peu à peu droit de séjour pour devenir enfin permanent, avec exagération toutefois à la toux. Depuis lors, suffocations plus fréquentes, provoquées par le moindre effort, la moindre émotion, plus accentuées encore pendant la période menstruelle.

M. le professeur Verneuil fit le diagnostic de trachéocèle et considéra comme une tumeur variqueuse du lobe droit de la thyroïde, le noyau dur siégant à droite ; il prescrivit des pulvérisations d'éther, ainsi que le port d'un collier avec pelote convexe destiné à maintenir la trachéocèle réduite; cet appareil ne put être supporté.

M. Péan, consulté à Saint-Louis, voulut garder la malade dans son service pour une intervention que Melle G. refusa.

Pendant ce temps, la tumeur du lobe droit augmentait de volume et était devenue grosse comme un œuf de pigeon, ce qui aggravait encore la gêne respiratoire. La malade vint demander ses soins à M. le Dr Diverneresse (de Saint-Mandé), qui lui exposa la nécessité d'une opération, fut assez heureux pour la convaincre et la conduisit à l'hôpital Saint-Antoine pour avoir l'avis de M. Marchant. Le diagnostic posé alors fut : tumeur kystique du lobe droit de la thyroïde, avec trachéocèle. Par une ponction exploratrice, on retira un liquide séro-purulent : le kyste était suppuré.

Trois jours après, le 27 mai, M. Marchand vint à Saint-Mandé et, assisté de M. Baumgarten, son interne, et de M. Diverneresse, procéda, sous le chloroforme, à l'ablation de la tumeur.

Une incision oblique en bas et en dedans, de 4 centimètres de longueur, mit à nu le kyste, compris dans l'épaisseur du lobe droit. L'énucléation fut laborieuse et délicate, la tumeur ayant poussé des prolongements en arrière jusqu'aux vaisseaux qui furent mis à nu. La perte de sang fut presque insignifiante.

La tumeur s'étant rompue dans le cours de l'extirpation, on put constater qu'elle était constituée par une poche hydatique type.

Lavages antiseptiques, drainage et pansement de Lister.

M. Diverneresse fit le pansement tous les deux jours et, en deux semaines, la plaie était complètement cicatrisée.

M. Baumgarten, qui a eu l'obligeance de nous donner ces renseignements, examina histologiquement la membrane et le liquide qu'il avait recueilli.

Celui-ci contenait quelques crochets, et la membrane présentait bien ces lignes parallèles, régulières, indiquant les bords déchirés de l'hydatide.

Actuellement, il existe, un peu au-dessus du point où ce kyste s'est développé, une petite tumeur résistante, grosse comme une noisette, très régulière, très dure, très mobile, adhérente au larynx dont elle suit les mouvements : c'est bien probablement un autre kyste en voie de développement.

Après avoir réduit la trachéocèle, nous avons cherché à l'empêcher de se reproduire en pressant sur différents points de la trachée, et nous y sommes parvenu à plusieurs reprises, lorsque notre index était appliqué sur le flanc gauche de la membrane crico-thyroïdienne.

Le premier abcès, observé il y a 3 ans, était-il un kyste hydatique du cou, suppuré, lequel, par contact et frottements, aurait déterminé une ulcération de la membrane crico-thyroïdienne, et peut-il être considéré comme la cause première de la trachéocèle?

Observation XI (M. Peyrot) (1)

Un cas de kyste hydatique du corps thyroïde

En mai 1886, le nommé L.... Désiré, âgé de 22 ans, cultivateur, s'aperçoit qu'il porte à la région antérieure du cou, une petite tuméfaction mollasse, qui grossit progressivement, sans à-coup, et sans jamais s'accompagner de troubles fonctionnels notables. En février 1888, il consulte un médecin qui fait une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz: et retire quelques grammes d'un liquide clair, sans soupçonner la nature parasitaire de l'affection.

Au moment de l'entrée à l'hôpital (5 juin 1888), la tumeur fait une saillie très appréciable, exactement médiane, et à hauteur de l'isthme du corps thyroïde.

1. G. Decressac. *Bull. Soc. anatomique*. juillet 1888. p. 684. (M. Peyrot a ajouté à la communication de M. Decressac le récit de son opération, qui se trouve intercalé dans le texte primitif).

Elle est très régulièrement globuleuse, du volume d'un œuf de poule, bien circonscrite, de consistance égale sur tous ses points, très souple, très fluctuante : il s'agit d'une poche unique, sans diverticule, à paroi uniformément épaisse, et à contenu séreux, si l'on tient compte de la première ponction. Superficiellement, la tumeur n'a aucune adhérence : la peau est normale, glisse bien : les sterno-mastoïdiens sont en simple contact. Dans la profondeur il n'en est pas de même ; les mouvements d'ascension pendant la déglutition indiquent qu'il y a une solide fixation au corps thyroïde, ou tout au moins, à l'arbre bronchique. Il n'y a aucun battement, pas d'expansion, pas de souffle sthétoscopique. Pas de frémissement. Matité appréciable.

Les signes fonctionnels sont à peu près nuls, ou du moins peu importants, puisqu'ils n'indiquent aucune compression sérieuse des organes divers de la région cervicale. En effet, la respiration est facile : la voix a conservé son timbre habituel ; l'absence de douleur est remarquable ; à peine la déglutition exige-t-elle un certain effort et un léger mouvement de flexion de la tête ; les mouvements du cou sont aussi un peu gênés.

Le Dr Peyrot fait le diagnostic de kyste du corps thyroïde, et, après avoir discuté le mode d'intervention devant les élèves du service, se décide à pratiquer l'énucléation de la tumeur.

12 juin. — L'opération est faite sous le chloroforme, avec toutes les précautions antiseptiques possibles. La tumeur, mise à nu par une incision médiane, se présente bien comme un kyste plongé dans le tissu de la thyroïde.

On s'aperçoit, en l'énucléant, qu'il est développé au milieu du lobe latéral droit, et que, de ce côté, il se prolonge, en arrière, jusque sur la paroi profonde du cou, où il repose sur les vaisseaux. Le tissu thyroïdien est intimement uni à la poche et la recouvre de toutes parts, sauf en avant et en bas. En poursuivant la séparation du kyste, celui-ci est rompu, et il s'en échappe un liquide limpide et incolore qui éclaire immédiatement le diagnostic. L'ouverture accidentelle ayant été un peu agrandie, on aperçoit du reste tout de suite la membrane germinative de l'échinocoque.

L'opération fut terminée sans incident. Les suites en furent des plus simples, la réunion immédiate ayant été obtenue, et le malade quitta l'hôpital quelques jours après, le 30 juin.

L'examen de la tumeur, pratiqué immédiatement, laisse voir à l'intérieur de la membrane conjonctive adventice, une membrane blanche, peu adhérente, très fragile, quoiqu'un peu épaisse : c'est la membrane germinative type.

A la face interne de la membrane sont suspendus de petits corps arrondis, blanchâtres : un certain nombre d'entre eux sont détachés et flottent dans le liquide.

Au microscope, les petits corps ci-dessus sont des échinocoques très caractéristiques. Presque tous ont la tête rentrée, et la couronne de crochets occupe le centre de l'excavation. Quelques-uns ont la trompe saillante et la couronne de crochets entoure cette saillie proéminente. Tous renferment de 15 à 20 corpuscules arrondis, très réfringents, disposés irrégulièrement, et dont le diamètre égale

la longueur d'un crochet. On trouve de ces corpuscules réfringents isolés au milieu du liquide ; quelques crochets enfin sont détachés. Les échinocoques sont par groupes de 5 à 20.

Il n'y a aucune vésicule fille.

Observation XII (M. Péan)

(Résumé).

M. Péan opéra à la fin de l'été dernier un kyste hydatique du corps thyroïde chez une jeune femme, qui le portait depuis longtemps. La tumeur, de la grosseur d'une mandarine, siégeait au niveau de l'isthme de la glande ; elle était régulièrement sphérique et accompagnait le larynx dans l'acte de la déglutition. Les troubles fonctionnels étaient très accentués : gêne de la déglutition et accidents de suffocation très notables. Le diagnostic, fait avant l'opération, était : kyste du corps thyroïde, et M. Péan avait prévu la possibilité d'un kyste hydatique.

Le traitement fut le suivant : incision de la peau et de la tumeur, suture des lèvres du kyste aux bords de la plaie cutanée ; lavages antiseptiques.

Guérison, sans fistule, un mois après environ.

Cette observation sera publiée complètement dans le T. VII des *Leçons cliniques de M. Péan*, qui a bien voulu nous donner les indications précédentes.

Observation XIII (Laënnec) (1)

Hyste hydatique du col, ouvert dans la trachée.

Homme de 50 ans, ayant, au côté droit du cou, une tumeur du volume et à peu près de la figure d'un œuf d'oie. Cette tumeur s'étendait transversalement depuis la partie inférieure de la ligne médiane antérieure du cou jusque vers l'angle de la mâchoire inférieure.

Vers le soir, le malade devint très oppressé : un moment après, il perdit connaissance : la respiration et le pouls devinrent presque insensibles, et la mort survint au bout de 2 ou 3 minutes.

Autopsie. — Tumeur ovoïde, longue de sept travers de doigt, large de quatre vers sa partie moyenne, recouvrant, par sa partie interne et postérieure, le côté droit et un peu la partie antérieure du larynx et des premiers cerceaux cartilagineux de la trachée, les vaisseaux et les nerfs profonds du cou.

En avant, elle était recouverte par le sterno-mastoïdien, et, un peu inférieurement, par les sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien du côté droit.

1. Laënnec. *Mémoire s. les vers vésiculaires* (*Mém. de la Soc. de médecine de Paris*, 1812, p. 144) (Cette observation inaugure la série de celles que nous avons considérées comme douteuses).

Elle refoulait à gauche le lobe droit de la glande thyroïde, qui était petit et allongé.

La tumeur était formée par un kyste qui renfermait une acéphalocyste du volume d'un œuf de poule, une seconde de la grosseur d'une noix, et plusieurs petites. Le kyste qui renfermait ces vers vésiculaires était épais d'environ 2 lignes (4^{mm}.)

A l'endroit où la tumeur recouvrait le larynx et la trachée, on voyait une ouverture ronde de quatre lignes (8^{mm}.) de diamètre, qui pénétrait dans la trachée, de manière qu'une partie du cartilage cricoïde, le premier cerceau cartilagineux de la trachée et une partie du second étaient détruits et comme usés en cet endroit.

Le kyste adhérait fortement au contour de cette ouverture : la muqueuse de la trachée y formait de petits lambeaux. Rougeur de la muqueuse depuis la glotte jusqu'à la division des bronches (catarrhe épidémique).

Les autres parties n'offraient aucune lésion remarquable.

Observation XIV (Bock) (1)

Bock a observé une fois un kyste acéphalocyste qui se vida dans le larynx, après perforation du cartilage cricoïde ; après quoi le malade cracha des hydatides grosses comme des pois ou des noisettes.

1. Bock. *Lehrbuch der pathol. Anat. u. Diagnostic,* 3 *Aufl. Band 1. p. 554*

Observation XV (Rullier) (1)

. . . . Nous avons nous-même traité et vu guérir un goître de cette nature (hydatique), qui nous causa beaucoup d'étonnement.

Ce goître, d'une étendue médiocre, était survenu chez une jeune dame qui le portait depuis 2 ans.

Il occupait l'isthme de la thyroïde. Il devint douloureux tout-à-coup, rougit et ne tarda pas à se ramollir. Nous l'ouvrîmes, à l'aide du bistouri, lorsque la fluctuation eut paru très sensible ; il ne sortit cependant par l'incision qu'une très petite quantité de sérosité un peu visqueuse et légèrement sanguinolente. Mais, quelque temps après, en pressant sur les côtés de la tumeur, nous produisîmes l'engagement, dans le fond de la plaie, d'un petit corps blanc, obrond, que nous saisîmes, mais qui se rompit avec facilité et s'écrasa sous la pince. Nous le prîmes d'abord pour un flocon albumineux, mais nous reconnûmes bientôt, dans cette production, le cadavre de l'hydatide globulaire.

La tumeur fut vidée de plusieurs autres hydatides, et laissa longtemps après elle un trajet fistuleux qui guérit lui-même complètement après quelques mois.

Six ans après, la guérison était toujours absolue.

1. Rullier *Dict. des sciences médicales* (en 60) — Art. *Goître.* T. XVIII, p. 528 (1817).

Observation XVI (M. Duguet) (1)

Kyste hydatique probable de la région antéro-latérale droite du cou (avec parésie de la corde vocale droite), simulant un goître charnu récent, développé aux dépens du lobe droit du corps thyroïde. — Ponction. — Évacuation. — Une injection iodée. — Guérison.

Blanche Creus...., âgée de 23 ans, chanteuse de Cafés-Concert, se présente à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Duguet, le 10 juin 1884, avec un goître dont elle demande la guérison.

Les antécédents n'apprennent rien ; elle et ses parents ont toujours joui d'une excellente santé. Actuellement, elle a tous les signes d'une chlorose des mieux accentuées.

Blanche affirme qu'elle a toujours eu le cou assez développé ; mais, il y a cinq mois, elle a remarqué une saillie insolite à la région antérieure, se portant un peu à droite, saillie indolente et de consistance ferme. Elle serait survenue, au dire de la malade, en une nuit, ce qui est plus que douteux.

Toujours est-il que, depuis lors, elle éprouve sans cesse une sensation de corps étranger dans la gorge et une gêne constante dans la déglutition. Depuis 6 semaines, est apparu un enrouement qui est devenu chaque jour plus marqué.

Tels sont les motifs pour lesquels elle s'est décidée à aller consulter le Dr Coupard.

1. Duguet. *Goître et médication iodée.* — Paris, 1886, p. 65.

A l'examen laryngologique, le Dr Coupard trouve l'intégrité de la muqueuse laryngée parfaite, mais avec une parésie très prononcée de la corde vocale droite, qui entraîne la dysphonie dont se plaint surtout la malade. Sans aucun doute, cette parésie de la corde vocale, la gêne de la déglutition, et la sensation constante de corps étranger dans la gorge, tiennent à la présence de la tumeur du cou, du goître que la malade porte depuis 5 mois. M. Coupard, en raison de ce fait, l'adresse à M. Duguet.

La tumeur, assez volumineuse pour occuper le creux de la main, paraît siéger dans le lobe droit du corps thyroïde. En tous cas, elle accompagne servilement le larynx, auquel elle paraît reliée, dans tous ses mouvements. Elle est de consistance ferme, élastique, mais non fluctuante, indolente à la pression et spontanément ; la peau qui la recouvre est libre, sans changement de couleur, sans veines dilatées. La rénitence de cette tumeur fait penser à un goître charnu développé aux dépens du lobe droit du corps thyroïde.

Notons que, depuis 5 mois, la malade est soumise à un traitement comprenant :

1° Un vésicatoire volant sur la tumeur.

2° L'administration, à l'intérieur et chaque jour, de VI gouttes de teinture d'iode.

3° Après le vésicatoire volant, des badigeonnages de teinture d'iode sur le goître.

Ce traitement n'a abouti qu'à « faire fondre les seins »; alors la malade préfère en venir aux injections iodées.

Le 10 juin, M. Duguet plonge dans la tumeur l'aiguille seule de Pravaz ; il s'écoule un liquide clair, limpide

comme de l'eau de roche. On retire de suite plusieurs seringues de ce liquide (environ 30 grammes). Cette opération a pour résultat l'affaissement complet de la tumeur; le cou, qui, avant la ponction, avait 38 centim. 1/2 de circonférence, n'en a plus que 34 1/2.

Sans retirer l'aiguille, il est injecté une seringue entière de teinture d'iode pure. Cette injection provoque très vite des douleurs, comme dans les autres cas ; elles durent trois jours, avec gonflement du cou, tension, douleur et gêne de la déglutition.

Le 18, la tumeur est peu perceptible ; encore un peu de gêne dans la déglutition, toujours dysphonie. M. Duguet conseille l'électrisation des muscles du larynx. M. Coupard pratique cette électrisation et constate le retour de la clarté de la voix, en même temps que la disparition de plus en plus complète de la tumeur.

Sur ces entrefaites, le choléra éclate à Paris ; la malade ne reparaît pas ; nul doute qu'elle s'est éloignée en face de l'épidémie qui menace. Il est possible aussi que la guérison absolue du goître et de la paralysie de la corde vocale l'ait dispensée de venir nous revoir.

L'analyse du liquide kystique, pratiquée par M. Choay, pharmacien du service, a donné :

Volume du liquide.	34 c. 2.
Poids	34 gr. 37.
Réaction	neutre.
Matières fixes	0 gr. 550.
Eau	33 gr. 821.
Matières minérales	0 gr. 225.

Matières organiques	0 gr. 325.
Albumine.	0 gr. 010.

Les matières minérales contiennent, à l'état de chlorure de sodium, 0 gr. 156. Le molybdate d'ammoniaque, additionné d'acide nitrique, n'a pas donné dans ce résidu minéral la coloration ni le précipité jaune de phosphomolybdate d'ammoniaque ; par conséquent, le liquide ne renferme pas trace de phosphates.

Réflexions. — La recherche des crochets n'a pas été pratiquée ; mais cette analyse paraît bien être celle du contenu des kystes hydatiques.

Ce kyste était-il vraiment développé dans le lobe droit du corps thyroïde, ainsi que permettait de le faire croire son déplacement dans les mouvements du larynx ? N'était-ce pas au contraire un kyste du voisinage, offrant d'ailleurs par son siège, son développement, ses allures, tous les caractères d'un goître formé aux dépens du corps thyroïde ?

En l'absence d'examen direct, si nous nous reportons aux données fournies par Davaine (p. 539...), ce serait à cette dernière hypothèse qu'il faudrait se rattacher. En effet, il rapporte trois cas (1) de kystes hydatiques du corps thyroïde avec autopsie, tous trois avec des points d'interrogation.

Il est plus que probable que, dans notre cas, le kyste avait la même disposition que dans ceux de Laënnec et de Lieutaud, en dehors même de la glande.

Cette situation, du reste, expliquerait bien mieux la

1. Ceux de Haën, de Lieutaud et de Laënnec.

compression exercée par la tumeur sur le nerf laryngé, attendu que les goîtres, développés en un point quelconque du corps thyroïde, ne s'accompagnent pas ordinairement d'accidents laryngés analogues.

Observation XVII (J. L. Reverdin) (1)

(Résumé)
Kyste hydatique de la région thyroïdienne.

Sallaz, Louise, 30 ans, demeurant à Saint-Gergues (Haute-Savoie).

Cette malade m'est adressée dans le mois de novembre 1882 par le Dr Mongellaz ; elle présente une volumineuse tumeur du cou, qui en occupe toute la région latérale gauche et s'étend de la clavicule jusqu'à peu de distance de l'angle de la mâchoire ; elle paraît faire corps avec la glande thyroïde, elle-même manifestement hypertrophiée dans son lobe droit et dans son isthme. La tumeur est en partie recouverte par le bord du sterno-mastoïdien ; elle a le volume des 2 poings et est bilobée ; elle est élastique, sans souffle ni battements ; la carotide, que l'on ne peut sentir, paraît enfouie sous la masse.

La malade est réglée régulièrement depuis l'âge de 13 ans. Mariée à 19 ans, elle a eu 2 couches très bonnes : à 20 ans et à 29 ans.

1. J. L. Reverdin. *Revue méd. de la Suisse romande,* 15 juillet 1885, p. 421.

Elle avait le cou gros depuis longtemps, mais n'en éprouvait aucune gêne et n'y faisait pas attention. Il n'y a de goître ni dans sa famille, ni dans son village.

Le côté droit du cou a augmenté peu à peu pendant la dernière grossesse et a pris tout d'un coup un développement considérable pendant l'accouchement, qui s'est fait cependant sans qu'elle ait crié (25 mars 1882).

Le 1er novembre. — Après un travail fatigant, gonflement brusque de la tumeur, qui envahit le cou et la figure, du côté gauche ; un peu de rougeur ; peu de douleur ; pas de fièvre : traitement au moyen de trente sangsues en deux fois : le volume de la tumeur ne diminue pas.

La respiration est libre, sauf quand la malade monte ou porte des fardeaux : elle est alors essoufflée ; pas de gêne de la déglutition.

La tumeur paraît suivre les mouvements du larynx et faire corps avec la thyroïde.

Diagnostic. — Tumeur de la thyroïde, peut-être maligne, à cause du rapide accroissement, de l'impossibilité où l'on est de sentir la carotide et de l'amaigrissement. En avril 1883, la malade revient, engraissée, ayant repris ses forces. La tumeur a augmenté d'un bon tiers depuis le mois de novembre ; elle est devenue très nettement fluctuante ; la fluctuation se perçoit, soit dans les deux lobes, soit d'un lobe à l'autre..... Pas d'engorgement ganglionnaire ; la gêne des fonctions a peu augmenté ; la respiration seule est pénible quand il y a effort ; le larynx est très fortement dévié à droite ; l'angle du cartilage thyroïde n'est pas loin de répondre à l'angle

droit du maxillaire inférieur. La tumeur paraît toujours suivre les mouvements du larynx. A la partie culminante de la bosselure supérieure, la peau est un peu rouge et douloureuse à la pression.

Hésitant entre un goître malin avec foyers pseudo-kystiques et un goître kystique simple à marche anormale, je me propose de pratiquer une ponction et d'agir ou de m'abstenir d'intervention, suivant ce que l'exploration nous apprendra.

Le 5 avril, je fais faire l'anesthésie locale et je ponctionne la bosselure supérieure avec un fin trocart : issue d'un liquide absolument limpide, absolument incolore, clair comme de l'eau de roche : le diagnostic s'impose : c'est un kyste à échinocoques que nous avons sous les yeux.

Le trocart retiré, incision de 3 à 4 centimètres sur le bord du sterno-mastoïdien : il en sort une quantité énorme de vésicules, la plupart encore intactes et transparentes ; d'autres, dont une très-volumineuse, crevées et opalines ; pas de pus.

Ma simple incision ne suffira pas à assurer l'évacuation du foyer. Je fais alors, juste au-desssus de la fourchette sternale, une contre-ouverture pour le passage d'un drain ; je me guide sur le doigt introduit dans le kyste par l'incision supérieure ; on peut constater alors que le kyste paraît en réalité indépendant de la thyroïde hypertrophiée et qui se trouve refoulée par lui.

Drainage ; lavages phéniqués ; pansement de Lister.

Guérison complète assez rapide.

Réflexions. — La première idée qui m'est venue, en

examinant la malade, c'est qu'elle était affectée d'une tumeur du corps thyroïde. Cependant, il m'a semblé, au moment de l'opération, que le kyste n'était pas en réalité développé dans la glande, mais bien dans le tissu cellulaire qui l'avoisine...

J'avais bien cru constater que la tumeur suivait les mouvements du larynx, mais je crois que je me suis laissé induire en erreur par une idée préconçue ; la sensation d'ascension n'était pas très nette, et je m'étais expliqué ce peu de netteté par le grand volume de la tumeur qui remplissait la partie gauche du cou, de la clavicule à la mâchoire. Je n'attribue pas, en conséquence, beaucoup d'importance à ce signe qui n'était pas suffisamment caractéristique.

Deux autres signes feraient pencher le diagnostic en faveur de l'idée de kyste thyroïdien : le refoulement du larynx et l'influence de la grossesse, de l'accouchement et des efforts sur l'accroissement de la tumeur. L'autopsie seule eût permis d'établir nettement les rapports réciproques du kyste et de la glande ; mais rien au moins ne me permet d'affirmer l'origine thyroïdienne de la tumeur.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE

La localisation des hydatides dans le corps thyroïde, très rare à la vérité, s'explique assez bien par la richesse vasculaire de cet organe.

Nous voyons les hydatides envahir la thyroïde vers l'âge moyen de la vie.

Parmi les cas que nous avons réunis, il y a semblable fréquence dans les deux sexes. Il n'y aurait cependant pas lieu d'être surpris en voyant le sexe féminin l'emporter. Les kystes hydatiques paraissent, en effet, plus fréquents chez la femme, dans la proportion de 2,27 pour un homme (J. Finsen). Et, d'autre part, les époques menstruelles, la grossesse, sont autant d'occasions de congestions de la glande, ce qui rend compte également de la plus grande susceptibilité des femmes pour le goître hypertrophique simple.

Faut-il voir une relation de cause à effet, ou une coïncidence, dans le fait de Lieutaud, où la malade vit apparaître sa tumeur quelques mois après une suppression brusque des règles ?

Dans l'observation de Reverdin (XVII) la tumeur s'accrut brusquement après un accouchement, et, une autre fois, après un travail pénible : efforts congestionnant le

corps thyroïde et faisant saillir davantage une tumeur existant déjà dans la glande ou dans son voisinage.

Enfin, dans l'observation VIII, Meinert semble attribuer un rôle étiologique à l'inoculation possible par une plaie opératoire que des chiens auraient léchée.

Pour les autres cas, les données étiologiques font défaut. Dans les observations V et VII, toutefois, le kyste thyroïdien coexistait avec des hydatides des autres organes.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES. — MARCHE

Les symptômes généraux des tumeurs thyroïdiennes vont se retrouver ici, avec quelques particularités cependant.

Au début, les signes fonctionnels sont nuls, et c'est par hasard que le malade constate la difformité causée par une petite tumeur dure, parfaitement ronde ou ovoïde, très mobile sous la peau.

La saillie que forme cette tumeur à la région antérieure du cou est variable dans ses dimensions avec l'âge de la vésicule primitive. Il importe d'abord de bien spécifier le point précis où la tumeur s'est manifestée dès le début.

On sait que, grossièrement, le corps thyroïde répond à l'union du tiers inférieur avec les 2/3 supérieurs de la région cervicale antérieure. C'est à ce niveau qu'on observe la tumeur au début, plus fréquemment peut-être dans le lobe droit que dans le lobe gauche ou dans l'isthme. Lorsque la tumeur n'a pas dépassé le volume d'une noisette, le relief qu'elle forme sous la peau n'est guère appréciable que lorsque la déglutition fait remonter la trachée, par conséquent la glande et sa tumeur. Celle-ci grossit peu à peu, et, dans les faits publiés, on l'a généralement observée avec le volume d'un œuf de poule, rarement celui du poing. Dans les

cas anciens, alors qu'on n'intervenait pas, la terminaison fatale arrivait à ce moment, la tumeur, pressée par les muscles contre la trachée, déterminant des accident mortels. Il semble donc qu'elle ne doive pas, sinon dans des conditions exceptionnelles, dépasser ces dimensions. La saillie est très régulièrement hémisphérique.

La peau paraît absolument normale, quelque peu distendue, suivant le volume du kyste, sur lequel elle est toujours mobile, à moins que, par des applications irritantes, par suite d'une ponction (ce qui doit être rare à présent), ou spontanément, il ne se soit produit une inflammation du derme, déterminant des adhérences avec les parties fibreuses sous-jacentes.

La tumeur elle-même est dure, distendue par le liquide qu'elle contient : cette tension est encore accrue par la pression des muscles sous-hyoïdiens. La forme, bien délimitée par la palpation, répond à celle d'une sphère régulière ou d'un ovoïde. Le kyste est généralement unique : toutefois, dans l'observation VII, il y avait une poche de chaque côté.

La fluctuation n'a été reconnue que dans un cas (XI); et il faut, ici plus que partout ailleurs, se mettre en garde contre de fausses fluctuations, dans une région où la collection ne peut être immobilisée contre un plan résistant : la tension du contenu est souvent telle que ce signe doit généralement faire défaut.

Le frémissement particulier aux hydatides doit être recherché ; mais il est à craindre qu'on ne parvienne pas à le trouver. Un bon moyen pour rechercher ce frémissement peut consister en la manœuvre suivante : immo-

biliser autant que possible la tumeur entre trois doigts de la main gauche, écartés et appliqués, deux sur les côtés et l'autre en avant ; percuter ensuite ce dernier assez légèrement avec un ou plusieurs doigts de la main droite. Les vibrations pourront ainsi être perçues plus facilement.

La tumeur est elle-même plus ou moins mobile profondément, du moins dans le sens transversal, les insertions des muscles qui la brident en avant empêchant son déplacement vertical sur la trachée.

Elle remonte avec le larynx dans les ascensions qu'imprime à cet organe l'acte de la déglutition. Ce signe est d'une grande valeur pour les tumeurs thyroïdiennes. Cependant, on l'observe aussi pour les autres productions en contact direct avec le conduit laryngo-trachéal : nous en parlerons au diagnostic. Ces déplacements dans la déglutition peuvent, d'autre part, être limités ou même faire défaut si la tumeur est très volumineuse, ou si l'hydatide s'est développée dans une thyroïde accessoire à long pédicule.

La tumeur peut être animée d'impulsions isochrones au pouls communiquées par les carotides ; mais elle n'a pas de battements propres.

La percussion donne une matité absolue.

Pas d'adénopathie.

Au début, les signes fonctionnels sont nuls ou très peu accusés : une difficulté à peine sensible de la déglutition.

La gêne respiratoire n'arrive que plus tard, et elle est toujours accentuée par la course, les travaux pénibles, en un mot, les efforts, l'approche et la durée de la période cataméniale déterminent également, ou aggravent la dysp-

née : la malade de M. Marchant nous a déclaré qu'avant l'opération, elle prévoyait le retour de ses règles à un accroissement de sa gêne respiratoire.

Cette dyspnée peut causer des dangers sérieux, la mort même, dans un accès de suffocation (obs. III et VII).

La dysphonie est rare ; la tumeur, se développant régulièrement et ne s'étalant pas sur les côtés, a peu de tendance à intéresser les nerfs récurrents.

Cependant, le malade de Gooch avait la voix affaiblie, et Nélaton a noté l'enrouement chez son opéré : mais dans ces cas, il faut tenir compte de l'altération de la trachée : le premier malade mourut subitement, et sa trachée était perforée.

Enfin, on a noté, dans ce même cas, une congestion habituelle de la face.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

On sait que le développement de la tumeur sur la ligne médiane ou à son voisinage immédiat, la mobilité du néoplasme avec le conduit laryngo-trachéal dans la déglutition, permettront de la rapporter au corps thyroïde et de la différencier de ces innombrables tumeurs du cou, ayant leur point de départ dans la peau et le tissu sous-cutané, les vaisseaux, les ganglions.

Cependant, certains kystes congénitaux du cou, avec attaches profondes, participent aux mouvements du larynx. Leurs dimensions dépassent généralement celles que nous observons pour les hydatides de la thyroïde. Leur forme est très variable ; leur périphérie n'offre pas toujours des contours bien nets ; la peau est souvent sillonnée de veines dilatées à leur niveau ; leur consistance est molle et spongieuse. De plus, ces kystes n'exercent généralement pas d'action compressive sur la trachée (Lannelongue et Achard).

L'hygroma de la bourse séreuse de Béclard (pré-thyroïdienne), adhérente aussi au larynx, sera difficile à distinguer d'un kyste siégeant dans l'isthme de la thyroïde, à moins qu'elle n'ait contracté des adhérences avec la peau.

Pour la bourse séreuse de Boyer, qui se trouve fixée à

la membrane thyro-hyoïdienne, son hygroma est toujours de petit volume, non mobilisable, ce qui peut le différencier d'une collection liquide du sommet de la pyramide de Lalouette.

La trachéocèle est peut-être aussi rare que l'hydatide thyroïdienne. Elle se produit, en général, brusquement, après un accès de toux, un effort de vomissement. Elle est presque toujours réductible par la pression, et se distend considérablement à la toux, ou lorsque le malade fait effort en fermant le nez et la bouche. La sonorité à la percussion a jusqu'ici, souvent fait défaut (Dubar) ; nous l'avons cependant perçue chez la malade de M. Marchant.

La thyroïdite ne sera pas confondue avec un goître hydatique. Elle est occasionnée par un traumatisme, une tumeur préexistante de la glande, par une ponction ou une injection ; la thyroïdite a un cortège symptomatique fébrile qui ne permettra pas l'erreur.

Le goître simple a une marche très lente ; il n'a pas la forme sphérique du kyste hydatique ; il est étalé, mou, et, avec un volume considérable, ne détermine le plus souvent que des troubles fonctionnels insignifiants.

Le goître kystique simple est franchement fluctuant, souvent irrégulier, bosselé, moins tendu que l'hydatide, et, comme le précédent, ne s'accompagne presque jamais de troubles fonctionnels graves.

Le goître vasculaire est animé de pulsations propres ; de plus, on perçoit, à l'auscultation de cette tumeur, un susurrus intermittent, ou à renforcement, auquel correspond un frémissement cataire.

Les tubercules du corps thyroïde sont très rares, et ils

sont toujours consécutifs à la tuberculisation d'un autre organe (Virchow) ; le plus souvent, ils sont contemporains d'une tuberculose pulmonaire, ou viscérale. Ils se ramollissent rapidement et donnent lieu à des abcès avec trajets fistuleux.

Rapide dans son développement, le cancer du corps thyroïde est très peu mobile, plus ou moins adhérent à la peau, et occasionne rapidement de la dysphagie, et des douleurs intolérables. Les malades qui en sont atteints succombent au bout d'un an au maximum, à la cachexie, (G. Marchant.)

Les symptômes des tumeurs thyroïdiennes ne se présentent par toujours avec la netteté suffisante pour permettre un diagnostic ferme. Cependant, on pourra soupçonner et quelquefois définir la nature de la tumeur hydatique : à sa forme nettement globuleuse, à l'absence de fluctuation, à la tension extrême de ses parois, à sa mobilité sous les téguments, à la constatation de troubles fonctionnels souvent considérables pour une tumeur de volume médiocre.

Il n'a été fait dans aucun cas avant la ponction exploratrice, et il faudra toujours y recourir comme au seul critérium.

On fera cette ponction, en s'entourant de toutes les précautions antiseptiques : lavage de la région avec une solution phéniquée, ou au sublimé, et flambage de l'aiguille de Pravaz.

Dans le cas de kystes hydatiques, on retirera un liquide limpide, clair comme l'eau de roche, tandis que, dans les kystes séreux, le liquide est citrin, quelquefois lou-

che, hématique dans les kystes anévrysmatiques, ou vasculaires.

Le liquide hydatique a une réaction alcaline ou neutre, et ne contient pas d'albumine, à moins que la poche s'enflamme, ou que le parasite soit mort.

Enfin, il ne faut pas négliger l'examen microscopique, lequel permet d'y découvrir les crochets caractéristiques des échinocoques, soit libres, soit en couronnes.

Dans deux cas (obs. VI et X), le liquide avait subi la transformation purulente ; dans le dernier (le seul où l'examen microscopique ait été fait), il renfermait des crochets.

Nous ne saurions assez insister sur la nécessité de faire le diagnostic positif par la ponction dès que l'on constatera une tumeur de la région thyroïdienne, vu l'innocuité de cette investigation, lorsqu'elle est faite suivant les règles de l'antisepsie, et surtout en raison de la nécessité de l'intervention radicale et précoce.

CHAPITRE VI

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Pour la description de l'hydatide, on consultera avec avantage les ouvrages spéciaux, notamment le *Traité des entozoaires*, de Davaine.

Quel est le siège anatomique exact de la tumeur?

L'examen cadavérique semble indiquer que l'hydatide siège dans quelques cas (obs. I, II, III) dans le tissu cellulaire intra-glandulaire. Dans ces faits, la vésicule primitive, en se développant, avait refoulé progressivement les éléments de la glande, et la thyroïde, saine quant à son tissu, s'était moulée sur la tumeur.

Albers dit avoir trouvé résistant et presque fibreux le parenchyme thyroïdien qui séparait les hydatides les unes des autres (obs. V).

Dans l'observation de M. Ferraut (VII), on ne retrouve plus de traces du corps thyroïde, devenu, sans doute, fibreux et mince, et doublant la membrane celluleuse péri-hydatique; on vit, en effet, à la coupe, une poche fibreuse, dense de 1/2 à 2/3 de centimètre d'épaisseur, des travées fibreuses séparant les hydatides.

Dans les faits de M. Marchant et de M. Peyrot, la tumeur s'était développée au milieu du tissu thyroïdien;

la membrane celluleuse confondue avec ce tissu. Ces chirurgiens durent disséquer, dissocier ce qui restait de la thyroïde pour énucléer la tumeur.

Quel que soit son siège primitif dans la glande, le kyste acquiert en quelques années le volume d'un œuf de poule.

A ce moment, les muscles sous-hyoïdiens sont distendus, allongés, aplatis, élargis.

Les vaisseaux et nerfs du cou n'ont jamais été intéressés par la tumeur. Les carotides et les jugulaires sont refoulées en arrière et en dehors, appliquées directement sur le kyste (obs. X). Dans ces circonstances, il serait possible d'observer une ulcération vasculaire dont la conséquence fatale n'est pas douteuse. Il y a même lieu de s'étonner que, dans aucun cas, on n'ait observé d'accidents analogues pour le riche réseau vasculaire qui pénètre et environne la thyroïde.

L'altération la plus remarquable et la plus importante au point de vue pratique est celle de la trachée.

Dans deux cas (III et VII), on observa un rétrécissement considérable du conduit aérien, par aplatissement. Dans les observations I et II, la trachée était perforée à sa partie supérieure. Par quel mécanisme ? Le kyste, incompressible, écrasant le cylindre assez résistant lui-même de la trachée, l'accompagne cependant dans ses mouvements de translation : il n'y a pas là, à proprement parler, de frottements rudes des deux surfaces. Mais, dans ces déplacements, la tumeur, déjà serrée, au repos, contre les anneaux cartilagineux, subit à chaque ascension une pression encore plus considérable de la part des muscles ster-

no-hyoïdiens et sterno-thyroïdien qui réagissent, en se contractant, contre la traction dont ils sont l'objet. Le conduit trachéal cède peu à peu le terrain et s'écrase. Le kyste est usé lui-même petit à petit par ces pressions réitérées : enfin, un moment arrive où l'une des deux parties cède complètement et se laisse rompre, la trachée, la première. En effet, si le kyste éclatait d'abord, les phénomènes de compression cesseraient aussitôt, le liquide se répandrait dans le voisinage, la trachée reprendrait sa place et ses rapports, et on ne la verrait pas perforée, comme dans ces deux faits et dans d'autres (XIII, XIV), pour lesquelles le diagnostic du siège était incertain.

Il s'agit là d'une usure des anneaux cartilagineux, comme dans l'observation de Lieutaud (I) où la poche n'avait contracté aucune adhérence avec le pourtour de l'orifice et faisait simplement hernie dans le conduit, interceptant la communication entre les poumons et l'air extérieur.

Dans le fait de Gooch (II) au contraire, il semble s'être produit un processus inflammatoire avec périchondrite et chondrite : la tumeur était appliquée sur la partie antérieure de la trachée, à laquelle elle adhérait très-intimement.

Disons, en terminant, qu'on a vu les hydatides coexister à la fois dans la thyroïde et dans d'autres organes : le foie et l'utérus (obs. VII), les reins et les plexus choroïdes (obs. V).

CHAPITRE VII

PRONOSTIC

Le pronostic est fatal si l'affection est abandonnée à elle-même la mort peut arriver, soit par perforation de la trachée et asphyxie, soit encore par hémorrhagie.

Dans un cas de kyste hydatique du cou, traité par l'extirpation, W. Körte (1) a vu, en effet, sa malade emportée assez longtemps après l'opération par une hémorrhagie provenant de la sous-clavière perforée par la tumeur. Cet accident ne pourrait-il pas se produire également dans le cas d'hydatide thyroïdienne ?

Sur 4 cas suivis de mort, trois n'ont pas été opérés, le quatrième avait été ponctionné deux fois ; mais chaque ponction fut suivie d'accidents fébriles graves et le malade est mort avec perforation trachéale.

Nous ignorons ce qu'est devenu le malade de Jobert (de Lamballe).

Quant aux 7 autres malades opérés, tous ont guéri.

Cette considération atténue fort heureusement le pronostic que l'on doit actuellement regarder comme bénin, à la condition de ne pas rester inactif.

1. W. Korte. *Berliner klinische Wochensch.* 1879, n° 26, p. 381.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Trois méthodes de traitement se présentent contre les kystes hydatiques du corps thyroïde :

1° La ponction, avec injection anti-parasitaire.

2° L'incision.

3° L'énucléation.

I. — La ponction, avec injection anti-parasitaire, présente quelques avantages : elle n'est nullement périlleuse ; elle ne nécessite pas la chloroformisation qui peut n'être pas toujours sans danger, en raison des lésions des voies aériennes ; enfin, elle ne demande aucune habileté chirurgicale et se trouve, par cela même, à la portée des plus humbles praticiens. Quant au liquide à injecter, le travail serait long, s'il fallait faire le procès de toutes les solutions préconisées contre les hydatides.

On peut employer la teinture d'iode, soit pure, soit étendue d'eau à la moitié, au tiers, avec addition d'iodure de potassium, pour faciliter la dissolution.

Trois autres procédés ont été expérimentés récemment avec succès. Le professeur Baccelli extrait quelques centimètres cubes de liquide, au moyen de la seringue de Pravaz, et injecte aussitôt une quantité presque équivalente de liqueur de Van Swieten ; il recommence quelques jours plus tard ; et, une semaine après cette seconde injection, il évacue complètement la poche.

On emploiera avec avantage le procédé conseillé par M. Debove pour les kystes hydatiques du foie(1). Évacuer tout le liquide du kyste par ponction aspiratrice, injecter 100 grammes de liqueur de Van Swieten (ou une quantité moindre, s'il s'agissait d'un petit kyste), et retirer la liqueur injectée au bout de dix minutes.

Enfin, nous avons eu l'occasion de voir M. Dujardin-Beaumetz traiter, dans son service; un kyste hydatique du foie par des injections de la solution de peptone ammonique mercurique de Delpech, suivant le manuel opératoire indiqué pour le procédé de Baccellli.

Les recommandations, que nous avons faites au sujet de la ponction exploratrice, trouvent naturellement ici encore leur indication.

Ces procédés sont ils toujours efficaces ?

Des insuccès ont été observés, et nous croyons qu'il faut réserver cette méthode générale pour les petits kystes ne déterminant pas de troubles fonctionnels : s'ils échouent, on a le temps de s'adresser aux autres. Mais, pour des tumeurs du volume d'un œuf de poule, par exemple, il faut donner le choix à l'une des deux méthodes suivantes.

II. — *a*. — Incision simple. — Elle a donné un bon résultat dans le cas de Nélaton.

b. — Incision avec suture des lèvres de la poche hydatique aux bords de la plaie cutanée, et lavages antiseptiques.

Meinert a négligé les sutures.

M. Péan, qui applique le procédé complet à tous les

1. *Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, Paris, 1888, nº 44, p. 693.

kystes hydatiques, s'en est bien trouvé pour la malade dont il publiera l'observation.

Les détails nous manquent pour l'apprécier.

La guérison complète est peut être plus tardive qu'avec la dernière méthode.

III. — Énucléation, ou extirpation intra-glandulaire. — Ce qu'en a dit M. le Dr Chrétien, ancien interne des hôpitaux dans sa thèse si remarquable (1), trouve son application aux kystes hydatiques : nous lui faisons de larges emprunts pour ce qui suit.

Cette méthode est employée depuis quelques temps déjà contre les tumeurs de toute nature du corps thyroïde.

Luigi Porta (*Del malattie della ghiandola tiroidea Milan* 1849) conçut et exécuta ce procédé, dont Kottmann, de Soleure (*Deutsche médic. Wochens.* 1843, nos 40 et 41) et Julliard ont fait ressortir nettement les avantages pour les kystes thyroïdiens; mais c'est à Socin qu'appartient l'honneur d'avoir étudié soigneusement cette question, sur laquelle ses élèves, Garré (*Centralbat f. chir.* 1886, n° 45) et Késer (Th. Bâle, 1887) ont appelé l'attention.

On incisera les téguments verticalement sur le point le plus saillant. Les couches sous-cutanées, muscles et aponévroses, seront coupés avec précaution, en plaçant des pinces sur tous les vaisseanx qui donnent un peu de sang. On réclinera les grosses veines qu'il n'est pas indispensable de couper. Arrivé sur le tissu glandulaire, on choisira, pour l'inciser, un point aussi éloigné que possible des veines volumineuses. Enfin, la tumeur étant décou-

1. H. Chrétien. — *De la thyroïdectomie.* Th. Paris. 1888.

verte, il faudra la dégager du tissu thyroïdien avec grand soin, et n'employer pour cette dissociation que le doigt, ou, s'il est nécessaire, un instrument mousse. Il ne faut pas oublier que le kyste peut avoir traversé la glande en certains points et contracté des adhérences avec les gaînes vasculaires, d'où un excès de prudence au voisinage des jugulaires et de la carotide.

La tumeur enlevée, on retirera les pinces avec précaution, après avoir placé des fils de soie on de catgut sur les gros vaisseaux.

On lavera la plaie jusque dans sa profondeur avec une solution antiseptique. Pour assurer la réunion immédiate des parois de la poche, on placera des points de suture profonds, en ménageant, à la partie inférieure, un petit espace réservé au drain. On placera également des points de suture superficiels.

Ensuite, le pansement sera fait avec des compresses de gaze préparée au sublimé, à l'acide phénique, à l'iodoforme..., de la ouate salicylée, un mackintosch et une bande.

Cette méthode a été employée par M. Peyrot et M. Marchand.

Leurs malades étaient complètement guéris en 15 jours.

De ces deux dernières méthodes, l'incision est assurément la moins dangereuse, aussi croyons-nous devoir la recommander, bien que nos préférences soient acquises à l'énucléation ; ces préférences sont fondées sur l'expérience de notre maître, sur caractère plus radical de l'intervention, sur la foi enfin que nous professons en l'antisepsie bien comprise et scrupuleusement exécutée.

CONCLUSIONS

La glande thyroïde est une des localisations les plus rares des échinocoques.

Les symptômes du kyste hydatique thyroïdien sont ceux des kystes de la glande en général, sauf certaines particularités : forme nettement globuleuse, dureté excessive de la tumeur, absence ou obscurité de la fluctuation, tension extrême des parois, mobilité absolue sous les téguments, frémissements hydatiques (?), troubles fonctionnels notables de la déglutition et de la respiration, pour des tumeurs de volume relativement médiocre.

Le diagnostic pourra quelquefois être fait par le simple examen physique extérieur : inspection, palpation. On ne devra jamais négliger la ponction exploratrice et l'étude miscroscopique du liquide ainsi obtenu. Il faut bien retenir enfin que le diagnostic précis doit être fait de bonne heure.

Les découvertes anatomo-pathologiques nous révèlent les causes des morts subites observées, et nous permettent presque de conclure à la terminaison fatale de l'affection par une mort relativement précoce, si sa nature exacte est méconnue, ou si elle est traitée par des moyens insuffisants.

Le pronostic est donc très grave dans ces conditions ; il

devient bénin si l'on intervient rapidement et radicalement.

Quant au traitement, trois méthodes principales : Ponction et injection parasiticide, incision, énucléation : la première pour des tumeurs au début, et ne causant aucun trouble fonctionnel ; les deux autres, indiquées sans restriction en cas de kystes volumineux et gênant les fonctions respiratoires.



BIBLIOGRAPHIE

J. HUNTER. — Œuvres complètes, — trad. Richelot, T. I, p 634, et 637. — Paris, 1839.

LIEUTAUD. — Mém. Acad. roy. des sciences pour 1754.

DE HAEN. — Ratio. medendi. — T. III, pars VII, cap. 3, § 4, p. 323. — Paris, 1764

B. GOOCH. — Cases and Pratical Remarkin Surgery Witch Shetches of machines, etc., 2e éd. T. II, p. 99. Norwicch, 1767.

BAUMÈS. — Traité élém. de Nosologie, T. II, p. 246. Paris, 1806.

TH. LAËNNEC. — Mém. de la Soc. de méd. de Paris 1812. p. 120, et 142. (mém. s. les vers vésiculaires)

RULLIER. — Dict. des sc. méd. (en 60) T. XVIII, p. 528, Paris, 1817

BOYER. — Traité des maladies chirurg. T. VII, p. 65, Paris, 1821.

BREMSER. — Traité zool. et physiol. s. les vers intestinaux de l'homme. — trad. de Blainville, Paris, 1824, p. 206.

CRUVEILHIER. — Dict. de méd. et chir. prat. (en 15) T. I, p. 262. Paris, 1829.

BOCK. — Lehrb. der pathol. anat. u. diagnostik. 3, Aufl. Bd. I, § 554.

RAPP. — Nach. M. G. Q. Naumann. H. d. b. de médecine. Klinik Bd. 2, § 13. — Berlin, 1830.

VELPEAU. — Union méd. 1847, t. I, p. 543 (Obs. Jobert de Lamballe).

J. F. H. ALBERS. — Casper's Wochenschrift f. d. ges. Heilkunde. Iahrg. 1850, no 8, § 113.

RACH. — De l'anat. pathol. des differ. esp. de goître, in mém. Acad. méd. Paris, 1855, t. XIX, p. 338.

E. GURLT. — Ueber die Cystengeschwulste des Halses, p. 272, Berlin, 1855.

HOUEL. — Des tum. du corps thyroïde. Th. agr. Paris, 1860,

FERRANT. — Bull. Soc. anat. Paris, 1861, p. 241.

JAUPITRE. — Th. Paris, 1876.

DAVAINE. — Traité des entozoaires, p. 64 et 655. Paris, 1877.

FOLLIN ET DUPLAY. — Traité de pathol. ext., t. V, p. 199. Paris, 1878.

BOURSIER. — De l'interv. chir. dans les tum. du corps thyroïde. Th. agr. Paris, 1880, p. 11.

KRISHABER. — Nouv. dict. encycl. des sc. méd., art. Goître. Paris, 1883.

G. MARCHANT. — N. Dict. de méd. et Chir. prat., t. XXXV, p. 580 (art. Thyroïde) Paris, 1883.

J. L. REVERDIN. — Rev. méd. de la Suisse romande, Genève, 1885. p. 421.

MEINERT. — Centrablatt für Chirugie, 1885, p. 428.

DUGUET. — Goître et médication iodée, p. 65. Paris, 1886.

GALLOZZI. — Riforma medica. Napoli, 1886, p. 1731.

DECRESSAC. — Bull. Soc. anat. Paris, 1888, p. 684.

TABLE DES MATIÈRES

Vu par le Président de la thèse,
PANAS

Vu par le doyen :
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

Imprimerie des Écoles, HENRI JOUVE, 23 rue Racine, Paris

